

Ten kwestionariusz ma Ci pomóc w określeniu, z jakim zaburzeniem lękowym możesz się zmagać. Został on opracowany na podstawie oficjalnej klasyfikacji zaburzeń lękowych - DSM.

1. Czy miewasz spontaniczne napady lęku, które pojawiają się bez wyraźnej przyczyny? (odpowiedz „tak” tylko wtedy, gdy nie masz żadnych fobii)
 Tak
 Nie
2. Czy zdarzył Ci się co najmniej jeden taki napad w ciągu ostatniego miesiąca?
 Tak
 Nie
3. Jeśli w ciągu ostatniego miesiąca miałeś/miałaś napad lęku, czy obawiałeś/obawiałaś się, że możesz mieć następny, lub martwiłeś/martwiłaś się o wpływ tego napadu na twoje zdrowie fizyczne lub psychiczne?
 Tak
 Nie
4. Czy w przypadku twoich najgorszych przeżyć związanych z lękiem miałeś/miałaś więcej niż trzy spośród następujących objawów?
 Skrócenie oddechu lub poczucie duszenia się
 Zawroty głowy lub utrata równowagi
 Kołatanie serca lub szybkie bicie serca
 Drżenie lub dygotanie
 Pocenie się
 Poczucie dławienia się
 Nudności lub dolegliwości żołądkowe
 Poczucie oderwania od własnego ciała
 Odrętwienie lub mrowienie
 Uderzenia gorąca lub zimna
 Ból lub dyskomfort w klatce piersiowej
 Lęk przed umieraniem
 Lęk przed popadnięciem w obłęd lub utratą panowania nad sobą

Jeśli odpowiedziałeś/odpowiedziałaś „tak” na pytania 1,2,3 i 4, zatrzymaj się. Spełniasz **kryteria zaburzenia lękowego z napadami paniki**.

Jeśli odpowiedziałeś/odpowiedziałaś „tak” na pytanie 1, ale twoja reakcja lękowa obejmowała najwyżej trzy objawy wymienione w punkcie 4, doświadczasz tzw. *napadów o ograniczonych objawach*, ale masz pełnobjawowego zaburzenia lękowego z napadami paniki. Jeśli masz napady paniki lub fobie, kontynuuj wypełnianie testu.

5. Czy twój lęk z napadami paniki powoduje, że unikasz pewnych sytuacji?
 Tak
 Nie

Jeśli odpowiedziałeś/odpowiedziałaś „tak” na pytanie 5, zatrzymaj się. Przypuszczalnie cierpisz na **agorafobię**. Odpowiedz na pytanie 6, w celu ustalenia zakresu twojej agorafobii.

6. Której z wymienionych sytuacji unikasz z powodu obaw, że wpadniesz w panikę?
 Oddalenie się od domu na znaczną odległość
 Robienie zakupów w sklepie spożywczym
 Stanie w kolejce w sklepie spożywczym
 Robienie zakupów w supermarketach
 Chodzenie po centrach handlowych
 Jazda autostradą
 Podróżowanie samochodem daleko od domu
 Samotna jazda samochodem
 Korzystanie z środków transportu publicznego (autobusów, pociągów itp.)
 Przejeżdżanie przez mosty (jako kierowca lub pasażer)

- Przejeżdżanie przez tunele (jako kierowca lub pasażer)
- Latanie samolotem
- Jeżdżenie windą
- Przebywanie w wysoko położonych miejscach
- Chodzenie do dentysty lub lekarza
- Siedzenie w fotelu u fryzjera lub kosmetyczki
- Jedzenie w restauracjach
- Chodzenie do pracy
- Przebywanie zbyt daleko od osoby lub miejsca, które dają Ci poczucie bezpieczeństwa
- Przebywanie w samotności
- Wychodzenie z domu
-
- Inne.....
-

Liczba sytuacji, które zaznaczyłeś/zaznaczyłaś wskazuje na zakres twojej agorafobii i stopień, w jakim ogranicza ona twoją aktywność.