

## AMINOSÄUREN - FRAGEBOGEN

### Typ 1

1. Neigen Sie dazu, negativ zu denken, das Glas halb leer statt halb voll zu sehen? Haben Sie düstere pessimistische Gedanken?  
3 = häufig      2 = gelegentlich      1= sehr selten      0 = nie
2. Sind Sie häufig besorgt oder verängstigt?  
3 = häufig      2 = gelegentlich      1= sehr selten      0 = nie
3. Haben Sie ein geringes Selbstwertgefühl, und mangelt es Ihnen an Selbstvertrauen? Sind Sie sehr selbstkritisch und fühlen Sie sich schnell schuldig?  
3 = häufig      2 = gelegentlich      1= sehr selten      0 = nie
4. Haben Sie zwanghafte, immer wiederkehrende, wütende oder unnütze Gedanken, die Sie einfach nicht abschalten können, wenn sie versuchen einzuschlafen?  
3 = häufig      2 = gelegentlich      1= sehr selten      0 = nie
5. Ist Ihr Verhalten häufig ein wenig, oder gar sehr zwanghaft? Sind Veränderungen und flexibel sein für Sie schwierig? Sind Sie ein Perfektionist oder ein Kontrollfreak? Ein Computer, Fernseh- oder Arbeitssüchtiger?  
3 = häufig      2 = gelegentlich      1= sehr selten      0 = nie
6. Mögen Sie absolut kein schlechtes Wetter oder haben Sie eine eindeutige Winterdepression?  
3 = häufig      2 = gelegentlich      1= sehr selten      0 = nie
7. Sind Sie häufiger gereizt, ungeduldig, ausfallend oder wütend?  
2 = häufig      1 = wenig      0 = nie
8. Sind Sie eher schüchtern und ängstlich? Werden Sie nervös oder bekommen Sie Panik bei Höhe, Flügen, geschlossenen Räumen, öffentlichen Auftritten, Spinnen, Schlangen, Brücken, Menschenmengen, beim Verlassen des Hauses oder ähnlichen Situationen?  
3 = häufig      2 = gelegentlich      1= sehr selten      0 = nie
9. Hatten Sie schon einmal Angstzustände oder Panikattacken (Ihr Herz rast, das Atmen fällt schwer)?  
2 = häufig      1 = wenig      0 = nie
10. Sind Sie hyperaktiv? Leiden Sie an ADHS, mit der Betonung auf dem „H“ (hyperaktiv)?  
3 = häufig      2 = gelegentlich      1= sehr selten      0 = nie
11. Sind Sie eine Nachteule, oder finden Sie es oft schwierig, einzuschlafen, obwohl Sie es wollen?  
3 = häufig      2 = gelegentlich      1= sehr selten      0 = nie
12. Wachen Sie aufgrund unruhigen oder leichten Schlafs mitten in der Nacht auf oder sind Sie morgens zu früh wach?  
2 = häufig      1 = wenig      0 = nie

13. Haben Sie nachmittags oder abends (jedoch nicht früher am Tag) regelmässig Appetit auf süsse oder stärkehaltige Snacks, Alkohol, Drogen oder andere abhängig machende Substanzen?  
3 = häufig      2 = gelegentlich      1= sehr selten      0 = nie
14. Bringt Ihnen Sport Erleichterung von irgendeinem der oben genannten Symptome?  
2 = häufig      1 = wenig      0 = nie
15. Litten Sie einmal unter Fibromyalgie (unerklärliche Muskelschmerzen) oder unter MAP (Schmerzen oder Beschwerden im Bereich des Kiefergelenks und der Kiefermuskulatur)?  
3 = häufig      2 = gelegentlich      1= sehr selten      0 = nie
16. Hassen Sie heisses Wetter?  
3 = häufig      2 = gelegentlich      1= sehr selten      0 = nie
17. Leiden Sie unter PMS oder sind Sie durch die Menopause bedingt launisch (insbesondere Wut oder negatives Denken)? - Antwort nur für Frauen  
3 = häufig      2 = gelegentlich      1= sehr selten      0 = nie
18. Hatten Sie jemals Suizidgedanken oder –pläne? Selbstverletzungsgedanken oder –handlungen?  
3 = häufig      2 = gelegentlich      1= sehr selten      0 = nie
19. Hat Ihnen jemals ein auf Serotonin wirkendes Antidepressivum geholfen?  
4 = ja      3 = recht gut      2 = wenig      1 = gar nicht      0 = nie benutzt

## Typ 2

1. Fühlen Sie sich häufig niedergeschlagen, auf eine flaue, gelangweilte, apathische Art und Weise?  
3 = häufig      2 = gelegentlich      1= sehr selten      0 = nie
2. Haben Sie wenig körperliche und geistige Energie? Fühlen Sie sich häufig müde, und müssen sie sich zum Sport zwingen?  
2 = häufig      1 = wenig      0 = nie
3. Haben Sie Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren? Leiden Sie an ADS?  
3 = häufig      2 = gelegentlich      1= sehr selten      0 = nie
4. Benötigen Sie viel Schlaf? Brauchen Sie lange, um morgens aufzuwachen?  
3 = häufig      2 = gelegentlich      1= sehr selten      0 = nie
5. Frieren Sie schnell? Haben Sie kalte Hände oder Füsse?  
3 = häufig      2 = gelegentlich      1= sehr selten      0 = nie
6. Neigen Sie zur schnellen Gewichtszunahme?  
2 = häufig      1 = wenig      0 = nie
7. Haben Sie das Bedürfnis, sich mit viel Kaffee oder anderen „Aufputschmitteln“ wie Schokolade, Light-Getränken, Diätpillen, Adderall, Ritalin oder Kokain aufzumuntern und zu motivieren?  
3 = häufig      2 = gelegentlich      1= sehr selten      0 = nie

### Typ 3

1. Fühlen Sie sich häufig überarbeitet, unter Druck bzw. unter Zeitdruck gesetzt?  
3 = häufig      2 = gelegentlich      1 = sehr selten      0 = nie
2. Haben Sie Probleme damit, sich zu entspannen, zu lockern oder einzuschlafen?  
2 = ja      1 = nein
3. Neigen Sie zu Verspannungen und Versteifungen?  
2 = ja      1 = nein
4. Sind Sie schnell aufgebracht, frustriert oder eingeschnappt, wenn Sie unter Stress stehen?  
2 = häufig      1 = wenig      0 = nie
5. Fühlen Sie sich häufig überfordert oder so, dass Ihnen einfach alles zu viel wird?  
3 = häufig      2 = gelegentlich      1 = sehr selten      0 = nie
6. Fällt es Ihnen schwer, einen Gang zurückzuschalten, zu meditieren oder zu beten?  
2 = häufig      1 = wenig      0 = nie
7. Fühlen Sie sich gelegentlich schwach, zittrig oder gereizt?  
2 = häufig      1 = wenig      0 = nie
8. Fühlen Sie sich spürbar schlechter, wenn Sie eine Mahlzeit auslassen, eine zu lange Zeit ohne zu essen verbringen oder viel süsse und stärkehaltige Nahrung zu sich nehmen.  
3 = häufig      2 = gelegentlich      1 = sehr selten      0 = nie
9. Reagieren Sie empfindlich auf helles Licht, Lärm oder chemische Dämpfe? Tragen Sie häufig eine Sonnenbrille?  
3 = häufig      2 = gelegentlich      1 = sehr selten      0 = nie
10. Konsumieren Sie Tabak, Alkohol, Essen oder Drogen, um zu entspannen und sich zu beruhigen?  
2 = häufig      1 = wenig      0 = nie

### Typ 4

1. Schätzen Sie sich oder schätzen andere Sie als übersensibel ein? Trifft Sie seelischer oder vielleicht auch körperlicher Schmerz hart?  
3 = häufig      2 = gelegentlich      1 = sehr selten      0 = nie
2. Sind sie schnell den Tränen nahe bzw. weinen Sie schnell, z.B. auch während der Fernsehwerbung?  
2 = häufig      1 = wenig      0 = nie
3. Vermeiden Sie es, sich mit schmerzhaften Problemen auseinanderzusetzen?  
2 = häufig      1 = wenig      0 = nie

- 4. Finden Sie es schwierig, mit Verlusten zurechtzukommen oder Trauer zu bewältigen?  
2 = häufig      1 = wenig      0 = nie
- 5. Haben Sie schon sehr viel physischen oder psychischen Schmerz ertragen müssen?  
2 = häufig      1 = wenig      0 = nie
- 6. Erhoffen Sie sich Freude, Trost, Belohnung, Vergnügen oder Betäubung, wenn Sie sich etwas gönnen wie etwa Schokolade, Latte Macchiato, Brot, Wein, Liebesromane, Drogen, Tabak oder Schmerztabletten?  
3 = häufig      2 = gelegentlich      1= sehr selten      0 = nie



Bitte notieren Sie die Summe Ihrer Punktezahl entsprechend der Typenkategorie in die untenstehenden Felder und füllen Sie den Rest vollständig aus. Sie können uns Ihre Resultate per Post oder per E-Mail (gemäss Briefkopf) zu stellen. Nach unserer Auswertung nehmen wir mit Ihnen gerne Kontakt auf, um auf der Grundlage der vorliegenden Ergebnisse die weiteren Möglichkeiten kurz auszuführen.

<b>Name:</b>	
<b>Strasse:</b>	
<b>PLZ / Ort:</b>	
<b>Telefonnummer:</b>	
<b>E-Mail-Adresse:</b>	
<b>Punktezahl:</b>	
<b>Typ 1:</b>	
<b>Typ 2:</b>	
<b>Typ 3:</b>	
<b>Typ 4:</b>	