

# TMS-SELBSTTEST

The Mindbody Syndrome als Ursache  
für deine Schmerzen



Wenn weder bildgebende noch manuelle Untersuchung beim Arzt auf eine akute Verletzung / Erkrankung hinweisen, mach den Selbsttest.

Die folgenden 30 Fragen helfen bei der Selbsteinschätzung. Je mehr Fragen Du mit „Ja“ beantwortest, desto wahrscheinlicher ist es, dass TMS zu Deinen Symptomen beiträgt.

1. Hat ein Arzt Dich untersucht, ohne eine eindeutige Ursache für Deine Symptome zu finden? - JA / NEIN
2. Hast Du mehr als ein Symptom? (Je mehr, desto wahrscheinlicher ist TMS beteiligt) - JA / NEIN
3. Befinden sich Deine Symptome in verschiedenen Bereichen des Körpers? - JA / NEIN
4. Unterscheiden sich diese Symptome? (z.B. Kopfschmerzen und Blähungen) - JA / NEIN
5. Beginn das Symptom ohne offensichtlichen Auslöser? - JA / NEIN
6. Falls das Symptom nach einer Verletzung erstmals auftrat, blieb es lange nach der Heilung der Verletzung bestehen? (Die Heilung der meisten körperlichen Verletzungen ist binnen 6 Wochen mehr oder weniger abgeschlossen.) - JA / NEIN
7. Bewegt sich Dein Symptom im Laufe der Zeit oder wandert es an verschiedene Körperstellen? - JA / NEIN

# TMS-SELBSTTEST

The Mindbody Syndrome als Ursache  
für deine Schmerzen



8. Haben Deine Beschwerden die Qualität von Kribbeln, Brennen, Stromstößen, Taubheitsgefühl, Hitze oder Kälte? - JA / NEIN
9. Sind die Symptome je nach Tageszeit mehr oder weniger intensiv oder treten sie morgens oder mitten in der Nacht auf? - JA / NEIN
10. Treten die Beschwerden nach, aber nicht während einer Aktivität oder eines Trainings auf? - JA / NEIN
11. Werden Deine Beschwerden durch Stress ausgelöst oder verstärkt? Oder wenn Du über stressige Situationen nachdenkst? - JA / NEIN
12. Treten Beschwerden weniger schwerwiegend oder seltener auf, wenn Du angenehm beschäftigt oder abgelenkt bist? - JA / NEIN
13. Weniger schwerwiegend oder seltener, wenn Du Dich sicher fühlst? - JA / NEIN
14. Sind Deine Beschwerden nach körperlicher Behandlung wie Massage, Chiropraktik, Reiki, Akupunktur oder nach einer Kräuter- oder Vitaminergänzung weniger intensiv oder vorübergehend weg? - JA / NEIN
15. Werden Deine Beschwerden durch Lebensmittel, Gerüche, Geräusche, Licht, Computerbildschirme, Menstruation, Wetterveränderungen oder bestimmte Bewegungen ausgelöst? - JA / NEIN
16. Werden Deine Symptome durch die Erwartung von Stress ausgelöst, z.B. vor der Schule, Arbeit, einem Arztbesuch, dem Besuch einer

# TMS-SELBSTTEST

The Mindbody Syndrome als Ursache  
für deine Schmerzen



Veranstaltung oder während dieser  
Aktivitäten? - JA / NEIN

17. Treten Deine Schmerzen bereits auf, wenn Du Dir vorstellst, Dich auf die auslösende Aktivität einzulassen, z. B. Bücken, Drehen des Halses, Sitzen oder Stehen? - JA / NEIN
18. Werden Deine Beschwerden bereits durch leichte Berührung oder sanfte Reize wie Wind oder Kälte ausgelöst? - JA / NEIN
19. Durchlebstest Du als Kind Erfahrungen, die Du Dir für Dein eigenes Kind nicht wünschen würdest? - JA / NEIN
20. Würdest Du Dich als sehr detailorientiert oder als Perfektionist bezeichnen? - JA / NEIN
21. Kümmerst Du Dich um die Bedürfnisse so vieler anderer Menschen, dass es Dir schwer fällt, gut für Dich selbst zu sorgen? - JA / NEIN
22. Ist es Dir sehr wichtig, anderen zu gefallen oder von anderen als gut angesehen zu werden? - JA / NEIN
23. Bist Du Dir selbst gegenüber oft kritischer als andere es wären?  
- JA / NEIN
24. Sind Menschen, die Dir als Kind Stress verursachten, weiterhin aktiv an Deinem Leben beteiligt? - JA / NEIN
25. Lebtest Du als Erwachsener in engen Beziehungen zu Menschen außerhalb Deiner ursprünglichen Familie, denen Du mehr von Dir gabst, als Du dafür erhieltst? Stellte einer dieser Menschen hohe

# TMS-SELBSTTEST

The Mindbody Syndrome als Ursache für deine Schmerzen



Anforderungen an Dich? Versucht, Dich zu kontrollieren, zu bedrohen oder Dir Schaden zuzufügen? - JA / NEIN

26. Begannen Deine Symptome kurz nach einem traumatischen oder schrecklichen Ereignis? - JA / NEIN

27. Hattest Du im Laufe Deines Lebens andere körperliche Symptome, die Dein Arzt nur schwer zuordnen konnte? - JA / NEIN

28. Hattest Du früher oder hast Du gegenwärtig eine Essstörung (Anorexie oder Bulimie), eine Sucht (Drogen, Alkohol, Essen, Sex, Arbeit, Glücksspiel, Einkaufen, Bewegung) oder hast Du Dich selbst geritzt?  
- JA / NEIN

29. Sorgst oder ängstigt Du Dich mehr, als Du es müsstest? - JA / NEIN

30. Leidest Du unter Depressionen, Schlafstörungen, Müdigkeit? Hast du kaum noch Interesse an Tätigkeiten, die dir früher Freude bereiteten?  
- JA / NEIN

Dein Ergebnis: JA: \_\_\_\_\_ / Nein: \_\_\_\_\_

---

---

---