

**OCEŃ, JAK CZĘSTO ODCZUWASZ KAŻDY  
OBJAW LĘKU W SKALI OD 1 (BARDZO RZADKO) DO 5  
(BARDZO CZĘSTO)**

kołatanie serca	1 / 2 / 3 / 4 / 5
duszności	1 / 2 / 3 / 4 / 5
drżenie rąk	1 / 2 / 3 / 4 / 5
nadmierna potliwość	1 / 2 / 3 / 4 / 5
bóle brzucha i głowy	1 / 2 / 3 / 4 / 5
suchość w ustach	1 / 2 / 3 / 4 / 5
nudności	1 / 2 / 3 / 4 / 5
problemy ze snem/koszmary	1 / 2 / 3 / 4 / 5
problemy z koncentracją	1 / 2 / 3 / 4 / 5
tiki nerwowe	1 / 2 / 3 / 4 / 5