Agoraphobie

Name: _____ Geb.Datum: _____ Untersuchungsdatum: _____

		Nein	Ja
A	(1) Fürchten oder vermeiden Sie **Menschenmengen**?	❑	❑
	(2) Fürchten oder vermeiden Sie **öffentliche Plätze**?	❑	❑
	(3) Fürchten oder vermeiden Sie **alleine Reisen**?	❑	❑
	(4) Fürchten oder vermeiden Sie **Reisen weg von Zuhause**?	❑	❑
	Mindestens zwei Merkmale aus (1) bis (4)?	❑ → **Ende**	❑

Wenn Sie sich vor diesen Situationen fürchten, haben Sie dann folgende **Beschwerden**?

		Ja
(1)	Herzklopfen oder beschleunigter Puls (Palpitationen)	❑
(2)	Schweißausbrüche	❑
(3)	Zittern oder Muskelzucken (Fein- oder grobschlägiger Tremor)	❑
(4)	Mundtrockenheit	❑
	Mindestens ein Merkmal von (1) – (4) erfüllt? ❑ **Ja** ❑ **Nein → Ende**	
(5)	Atembeschwerden	❑
(6)	Beklemmungsgefühl	❑
(7)	Schmerzen oder Missempfindungen in der Brust	❑
(8)	Übelkeit oder Missempfindungen im Abdomen (z.B. „Rumoren“ im Magen)	❑
(9)	Schwindel-, Unsicherheits-, Schwäche- oder Benommenheitsgefühl	❑
(10)	Gefühle, dass Dinge unwirklich sind (Derealisation) oder dass man „selbst weit entfernt“ oder „nicht richtig da“ ist (Depersonalisation)	❑
(11)	Furcht, Kontrolle zu verlieren, verrückt zu werden oder „auszuflippen“	❑
(12)	Angst, zu sterben	❑
(13)	Hitzewallungen oder Kälteschauer	❑
(14)	Gefühllosigkeit oder Kribbelgefühle	❑

		Nein	Ja
B	**Beurteilen Sie:** Mindestens *zwei Symptome* aus (1) bis (14) in mindestens *einer Situation* liegen vor**.**	❑ → **Ende**	❑

Alle Rechte liegen bei der Arbeitsgruppe Psychotherapie- und Versorgungsforschung der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Freiburg

C **Beurteilen Sie:**
Deutliche *emotionale Belastung* durch das Vermeidungsverhalten oder die Angstsymptome *und* Einsicht, dass diese *übertrieben* oder *unvernünftig* sind.

Nein ❑ → **Ende** **Ja** ❑

D **Beurteilen Sie:**
Die Symptome beschränken sich *ausschließlich* oder *vornehmlich* auf die gefürchteten Situationen oder auf Gedanken an diese.

Nein ❑ → **Ende** **Ja** ❑

E **Beurteilen Sie:**
Furcht oder Vermeidung (Kriterium A) sind *bedingt* durch Wahn, Halluzinationen oder anderen Störungen wie organische psychische Störungen (F0), Schizophrenie und verwandte Störungen (F2), affektive Störungen (F3) oder Zwangsstörung (F42) *oder* sie sind *Folge* von kulturell akzeptierten Anschauungen.

Nein ❑ **Ja** ❑ → **Ende**

Sind Kriterien **A** bis **E** erfüllt? **Nein** ❑ → **Ende** **Ja** ❑

Diagnose: F 4 0.0 ←

5. Stelle der Diagnose: mit oder ohne Panikstörung

Agoraphobie F40.00

Agoraphobie mit Panikstörung F40.01

Bitte überprüfen Sie das Vorliegen einer Panikstörung anhand des Screenings und ggf. des Kurzinterviews für Panikstörung.

ohne Panikstörung = **0**
mit Panikstörung = **1**

Alle Rechte liegen bei der Arbeitsgruppe Psychotherapie- und Versorgungsforschung der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Freiburg